UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1957 — N° 119

Les Hernies étranglées de l'Hiatus de Winslow

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 22 juillet 1957

PAR

Robert, Jean de GARRIGUES

né le 1er mars 1928, à MAYENCE (Rhénanie)

Examinateurs de la Thèse

MM. F. PAPIN, professeur ..... *Président,*

X.-J. DUBECQ, professeur .....

L. POUYANNE, professeur ..... *Juges.*

J. VILLAR, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE

MCMLVII

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543917_0033

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1957 — N° 119

Les Hernies étranglées de l'Hiatus de Winslow

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 22 juillet 1957

PAR

Robert, Jean de GARRIGUES

né le 1er mars 1928, à MAYENCE (Rhénanle)

Examinateurs de la Thèse

MM. F. PAPIN, professeur ..... *Président,*

X.-J. DUBECQ, professeur .....

L. POUYANNE, professeur .. .. } *Juges.*

J. VILLAR, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LESBATS
16, RUE JULES-GUESDE

MCMLVII

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, G. PORTMANN.
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR :** M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC, BONNIN, GOLSE.

PROFESSEURS :

MM.	
G. PORTMANN ...	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.
F PAPIN	Clinique chirurgicale.
R. SIGALAS	Zoologie et parasitologie.
E. AUBERTIN	Clin. médic. des mal. infectieuses.
X.-J. DUBECQ	Clinique odonto-stomatologique.
G VITTE	Pharmacie.
R. FABRE	Physiologie.
P. DELMAS-MARSALET	Clin. des mal. nerv. et mentales.
C. JOULIA	Clin. des mal. cutan. et syphilit.
M RIVIERE	Clinique d'accouchements.
R. DE GRAILLY ..	Clinique médicale.
R. DARGET	Clin. des malad. des voies urin.
P. DERVILLEE ...	Médecine légale et méd. du trav.
A. FONTAN	Clin. méd. des mal. des enfants.
F. PIECHAUD	Hygiène et Clin. de la tubercul.
C. PIFFAULT	Physique médicale et pharmac.
R. CASTAGNOU ...	Toxicologie et hygiène appliquée.
J. REBOUL	Electr. et clin. d'électricité méd.

MM.	
L. MASSE	Clinique chirurgicale.
R GIRARD	Botanique et cryptogamie.
P MESNARD	Chimie.
R. DUFOUR	Anatomie.
P. BROUSTET	Clinique médicale.
J. MAGENDIE	Clinique gynécologique.
F. TAYEAU	Chimie biologique et médicale.
G. MAYER	Anatomie générale et histologie.
P. BLANQUET	Physique pharmaceutique (T.P.).
R. SARIC	Pathologie générale et expérimen.
L. POUYANNE	Clin. chirurg. infant. et orthop.
J.-J. DUBARRY ...	Hydrologie thérap. et climatolog.
F.-J. TRAISSAC ...	Thérapeutique.
A. LACHAPELE ...	Carcinologie.
F. BESSIERE	Clinique ophtalmologique.
H LEGER	Anat. pathol. et microsc. cliniq.
J. MASQUELIER ..	Matière médicale.
G. MORETTI	Médecine et hygiène tropicales et Clin. des maladies exotiques.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. MAHON (Obstétrique). — PAUTRIZEL (Parasitologie)
Mlle ROUGIER (Physiologie). — M. MOUSTARDIER (Bactériologie). — M. CAZAUX (Pharmacie) 3e section
MM. LAUMONIER (Médecine opératoire), DESPONS (Oto-rhino-laryngologie).

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

MM.	
R. GOLSE	Pharmacie (1re Section).
F. RIGAUD	Anatomie.
E. NEUZIL	Biochimie médicale.
J. FAURE	Pathologie expérimentale.

MM.	
R OUILICHINI	Pharmacie (2e Section).
R STOLL	Histologie.
H. CABANIE	Anatomie.
J. DUHAMEL	Physique médicale.
P ROMAIN	Pharmacie (1re Section).

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCE AGREGE :

M. J. MARQUEVIELLE (Biochimie médicale).

AGREGES EN EXERCICE :

MM.	
P. LE COULANT ..	Dermatologie et syphiligraphie.
M. BERGOUIGNAN.	Médecine générale.
J. LENG-LEVY	Médecine générale.
J. CHAVANNAZ ...	Chirurgie générale.
P. VERGER	Pédiatrie et puériculture.
J. LANGE	Urologie.
L. CHASTRUSSE ..	Obstétrique.
P. L'EPEE	Médecine légale et méd. du trav.
J. VILLAR	Chirurgie générale.
R. TINGAUD	Chirurgie générale.
J DEPAULIS	Chirurgie générale.

MM.	
P LAVIGNOLLE ..	Médecine générale.
G FAUGERE	Obstétrique.
P. BENOIT	Odonto-stomatologie.
C. MARTIN-DUPONT .	Médecine générale.
J. DAVID-CHAUSSE	Médecine générale.
J. RIVIERE	Médecine générale.
P. DARMAILLACQ .	Chirurgie générale.
L CORCELLE	Ophtalmologie.
M PORTMANN ...	Oto-rhino-laryngologie.
P. FREOUR	Pneumo-phtisiologie.
M BLANC	Neurologie et psychiatrie.

COURS COMPLEMENTAIRES :

MM.	
Obstétricie sociale	MAHON.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Accouchements	CHASTRUSSE. FAUGERE.
Puériculture	VERGER. PERY.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.
Cryptogamie	LAUBIE.
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE.
Chimie biologique analytique ..	NIVET.
Chimie analytique	BABIN.
Pathologie chirurgicale	VILLAR. CHAVANNAZ. TINGAUD. LAPORTE.

MM	
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Physiologie	Mme LINQUETTE
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBEAU
Phytopharmacie	CORTESI.
Droit médical international	AUBY.
Médecine légale	L'EPEE.
Séméologie médicale	RIVIERE J.
Séméologie chirurgicale	DEPAULIS.
Embryologie	STOLL.
Bactériologie	DULONG DE ROSNAY.
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN. LENG-LEVY. LAVIGNOLLE.

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A MON PERE, A MA MERE

Dont la vie fut pour moi un exemple de courage, de ténacité et de loyauté.
Je leur dédie cette thèse en remerciement de leur tendre affection et de tout ce qu'ils ont fait pour moi.
Qu'ils trouvent ici la preuve de mon profond amour filial.

A MA FIANCEE

A MES FRERES ET SŒURS

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur Gaston BRANERE

A Monsieur le Docteur J.-J. CONARDEAU

Ancien Chirurgien résidant des Hôpitaux de Bordeaux.

A Monsieur le Docteur P. JUNES

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

Qui ont inspiré le sujet de ce travail.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE LYON ET DE BORDEAUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX

DE MONT-DE-MARSAN

Monsieur le Docteur Jacques MENAUT

Monsieur le Docteur Robert BRUS

Monsieur le Docteur Jacques TORTIGUE

Monsieur le Docteur Jean NADAUD

A NOS JUGES :

Monsieur le Docteur J. VILLAR

Agrégé de Chirurgie générale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier des Palmes académiques.

Monsieur le Professeur POUYANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier des Palmes Académiques.

Monsieur le Professeur X.-J. DUBECQ

Professeur de Clinique odonto-stomatologique,
Docteur ès-Sciences,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier des Palmes académiques,
Commandeur de l'Ordre du Ouissam-Alaouite Chérifien,
Médaille de la France Libérée.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PAPIN

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie,
Membre correspondant national de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre,
Officier des Palmes Académiques.

En toute reconnaissance.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions de bien vouloir recevoir nos remerciements et nos hommages respectueux.

LES HERNIES ÉTRANGLÉES DE L'HIATUS DE WINSLOW

INTRODUCTION

Depuis que Jobert de Lamballe eut, en 1823, rapporté le cas princeps d'étranglement intestinal dans l'hiatus de Winslow, trouvaille d'autopsie de Blandin, les observations se sont multipliées dans la littérature; multipliées au demeurant d'une manière très modeste, puisque, d'après nos recherches, les deux observations que nous publions — et dont la première a déjà fait l'objet d'un article (*Bordeaux-Chirurgical*, avril 1954) — seraient respectivement les 70e et 71e cas mondiaux.

L'incarcération du grêle dans l'hiatus de Winslow est en effet une forme relativement rare des occlusions nommées improprement, nous le verrons, « hernies internes ». Seules peut-être les hernies transépiploïques (35 cas relevés en 1944) et les hernies transmésocoliques sont moins fréquentes.

Nous nous proposons dans cette étude :

— De rapporter d'abord les 2 observations qui nous ont été communiquées;

— De rappeler brièvement l'historique de cette affection;

— D'étudier l'anatomie pathologique et les conditions de production d'une telle lésion.

Nous en aborderons ensuite l'étude clinique, puis les

aspects radiologiques, dont l'étude est relativement récente.

Nous terminerons enfin en analysant les différentes techniques chirurgicales souvent complexes qui furent proposées et utilisées dans le traitement de ces étranglements internes.

OBSERVATIONS

Observation I

(Docteur Junès)

M. J... Clovis, 40 ans, est envoyé d'urgence le 12 juillet 1951 pour un syndrome abdominal aigu.

C'est trente heures auparavant, au cours de son travail, que le malade a ressenti brutalement, sans prodromes, une douleur violente, transfixiante, au niveau de l'hypochondre droit, accompagnée de nausées et de vomissements, sans fièvre.

Son médecin porte le diagnostic de colique hépatique et en applique le traitement.

Mais une nouvelle crise douloureuse se produit, localisée toujours au même endroit, avec altération rapide de l'état général; on conseille alors l'hospitalisation en milieu chirurgical.

Nous voyons le malade manifestement fatigué, avec un teint terreux, un faciès grimaçant, des vomissements alimentaires répétés.

Il se plaint de douleurs à type de coliques au niveau de l'étage sus-mésocolique avec exacerbations. Le ventre est météorisé, tympanique. L'auscultation permet d'entendre des bruits hydro-aériques de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal est négatif.

On pense à une occlusion haute. Une radiographie sans prépartaion montre l'existence d'une « bulle d'air » au-dessus du côlon transverse et à droite de la ligne médiane.

Un lavement baryté effectué sous basse pression met alors en évidence l'existence d'un segment intestinal grêle rempli de substace opaque au niveau de l'image gazeuse vue en radioscopie (fig. 1 et 2).

La seule indication qui importe est celle de l'opérabilité. Elle est posée sans retard.

Fig. I. — Observation I. — *Lavement baryté.*

Intervention, avec le diagnostic d'occlusion du grêle. Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic : présence de liquide séro-hématique intrapéritonéal, en petite quantité. Issue d'anses grêles dilatées. On essaie de les extérioriser doucement, mais, au bout de quelques centimètres, on suit le grêle qui s'engage en avant du transverse, vers la face inférieure du foie, et s'engage dans l'hiatus de Winslow. Par tractions douces, on arrive à extraire une anse longue de

Fig. II. — Observation I. — *Lavement baryté.*

20 centimètres, rouge, congestive. Dès l'étranglement levé et après arrosage au sérum chaud, l'anse se contracte et reprend une coloration normale. On ferme par deux points au fil de lin la partie inférieure de l'hiatus de Winslow.

Fermeture sans drainage.

Aspiration duodénale continue.

Les suites sont normales. Le malade sort guéri le 22 juillet 1951.

Il est revu le 1er juin 1952 en parfaite santé.

Observation II

M. Gau..., 25 ans, mécanicien, est envoyé le 12 novembre 1953 au soir à l'Hôpital Saint-André, service du Professeur Villar, par le Docteur Lanta (d'Artigues), pour appendicite subaiguë.

Le malade, à son entrée, n'accuse aucun des caractères de gravité de l'appendicite.

Le pouls est à 72, la température à 37°2. Il présente une douleur sourde dans la région péri-ombilicale droite, mais n'a eu depuis le début de la crise, qui remonte à vingt-quatre heures, ni vomissements ni troubles du transit.

Cet homme jeune, solide, paraît en excellent état général. Il raconte avoir eu à deux reprises des douleurs plus violentes que la crise actuelle, douleurs à type de coliques, de siège péri-ombilical ou iliaque droit, mais sans vomissements et sans arrêt des matières ou des gaz, durant quarante-huit heures environ chaque fois.

A l'examen, on note un très faible météorisme abdominal, pas de contracture localisée ou généralisée, et une douleur provoquée au-dessus du point de Mac Burney, sans défense pariétale. Cet état de choses nous semble permettre le renvoi de l'intervention à la séance opératoire du lendemain matin.

Le 13 novembre 1953, sous anesthésie générale au Pentothal oxygène, incision de Mac Burney et ablation aisée d'un appendice rétro-caecal externe, collé au caeco ascendant par des adhérences lâches. L'appendice semble être indemne de toute crise inflammatoire aiguë.

Les suites, bonnes le premier jour, se compliquent après la trente-sixième heure.

C'est tout d'abord l'apparition d'un hoquet qui précède de peu une altération rapide de l'état général. Le pouls grimpe à 100, cependant que le faciès se grippe et que des vomissements bilieux et fréquents se produisent.

En trois à quatre heures, le ventre se ballonne, surtout dans la région péri-ombilicale et le flanc gauche. L'auscultation permet d'entendre, spontanément et à la succussion, des bruits hydro-aériques de timbre aigu, « métallique », fréquents.

Fig. III. — Observation II. — *Cliché sans préparation.*

L'hypothèse d'une occlusion précoce du grêle est aussitôt soulevée et on pratique un examen radiographique sans préparation (fig. 3) sur le malade debout.

La radiographie montre :

— L'absence d'images aériques au niveau du côlon;

— Deux anses grêles, situées dans la région ombilicale et les hypochondres, très dilatées, avec l'aspect en « chenille » caractéristique;

— La prédominance des images claires dans la partie gauche de l'abdomen;

— Des niveaux liquidiens dans plusieurs anses grêles, l'un surtout, situé en projection sur l'anse dilatée de l'hypochondre droit, semble appartenir à une autre partie du grêle, en avant ou en arrière de cette anse, mais située nettement dans l'étage sus-mésocolique.

Le diagnostic d'occlusion mécanique du grêle est évident. Avant l'intervention, et étant donnée la distension du grêle et la présence de niveaux liquidiens, on décide de préparer le malade pendant deux heures par une aspiration duodénale continue et une perfusion de sérum glucosé (500 cm^3 environ). Le hoquet disparaît, ainsi que les vomissements. Le malade se tranquillise et, après deux heures de traitement, c'est un malade calme, dont le pouls bat à 90, que l'on emmène à la salle d'opération.

Intervention (Dr Conardeau, Dr Got) :

Anesthésie générale, protoxyde-éther-oxygène en circuit fermé. Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Malgré les antécédents d'appendicectomie, le siège haut de l'image radiologique a en effet conduit à préférer cette voie.

Liquide séro-hématique intrapéritonéal.

Dans la région sous-mésocolique le grêle est uniformément plat et au lieu de rechercher d'emblée la région iléo-caecale, on préfère remonter le grêle plat, sans l'éviscérer. Au cours de ces manœuvres, on est brusquement gêné par l'issue hors de la plaie d'une anse grêle énorme, de 10 centimètres de diamètre environ.

Cette anse ne se laissant pas réduire sans brutalité, on préfère la ponctionner au trocard de Lafargue. Lorsqu'elle est affaissée, on se rend compte que le grêle plat passe au devant du côlon transverse, et va, très à droite, s'engager sous le pédicule hépatique, d'où semble sortir l'anse dilatée.

La réduction par tractions douces est très aisée et permet d'extérioriser une anse grêle de 20 centimètres, rouge foncé, apparemment viable.

Au niveau du collet de l'étranglement, il semble que ce soit la paroi inférieure de l'hiatus qui ait été l'agent essentiel de la striction. L'anse grêle incarcérée a en effet déjà repris sa

couleur et son péristaltisme sous l'effet de l'aspersion de sérum chaud et de l'injection dans le méso de novocaïne qu'il persiste encore un sillon d'étranglement. Ce sillon répond à la partie du grêle située à la base de l'hiatus. Ces lésions sont d'ailleurs rapidement réversibles.

Suture en deux plans de l'entérostomie.

On ne juge pas utile de rétrécir l'hiatus de Winslow.

Drainage pelvien par une contre-incision sus-pubienne, étant donnée la présence de liquide intrapéritonéal.

Fermeture en trois plans.

Suites simples, sous aspiration duodénale pendant quarante-huit heures.

Le malade sort guéri le quinzième jour.

Revu en 1955 et en juin 1957 en parfaite santé, le malade a repris son travail habituel.

HISTORIQUE

La première observation en date, nous l'avons dit, fut une trouvaille d'autopsie, chez un malade mort d'occlusion intestinale. Elle est due à Blandin en 1923 et fut rapportée par Jobert de Lamballe.

La première revue générale embrasse 8 cas. Nous la trouvons dans la thèse de Jonnesco (Paris, 1890), consacrée aux « hernies internes, rétropéritonéales ou formées dans les fossettes normales du péritoine ». Signalons que c'est à cet auteur que l'on doit le terme de « hernies internes », employé par une assimilation abusive. Dans sa thèse sont colligées et analysées les observations de :

— Rokitanski (1842) : incarcération d'une importante portion de l'intestin grêle.

— Treitz (1857) : incarcération de deux anses jéjunales, puis étranglement de l'angle colique droit et de la moitié droite du transverse.

Les auteurs germaniques et anglo-saxons désignent d'ailleurs souvent la hernie de l'hiatus de Winslow sous le nom de « hernie de Treitz ».

— Chiene (1868) : incarcération de l'intestin grêle dans sa resque totalité.

— Majoli (1884), qui rapporte une observation de Novello et une observation personnelle.

— Elliot Square (1886).

Il ne s'agit dans toutes ces relations que de protocoles d'autopsie. Seule l'observation personnelle de Majoli compte une étude clinique de l'affection avant l'issue fatale et essaie de faire concorder les symptômes morbides avec les trouvailles anatomiques.

Aucun des malades n'a subi d'intervention.

C'est en 1890 également que Gangolphe, de Lyon, publie la première intervention chirurgicale suivie d'ailleurs d'un protocole nécropsique.

En 1890 toujours, Rehn opère un vieillard. C'est à l'autopsie seulement qu'il découvre la cause de l'occlusion : une anse grêle est étranglée dans l'hiatus de Winslow.

La première guérison opératoire date de 1892. Elle est rapportée par Neve, à Londres.

Les observations suivantes :

— Picado (1893, intestin grêle),

— Stecchi (intestin grêle),

— Reynier (1897),

— Mori (1898) : intervention couronnée de succès pour un étranglement du caecum et du côlon ascendant;

Groves et Marten, de Calcutta (1901), qui opèrent également avec succès une femme;

— Jeanbrau (1902, intestin grêle),

se retrouvent dans l'important travail de Jeanbrau et Riche rapporté par Jean-Louis Faure à l'Académie de Chirurgie, en 1906. Ce mémoire, qui rassemble 18 observations, comprend une importante partie de technique chirurgicale visant surtout au mode de débridement de l'hiatus de Winslow par voie antérieure.

Adjarof puis Rawitsch-Schtcherbo observent deux nouveaux cas relatés par Hilgenreiner en 1903.

En 1905, observation de Delkeskamp avec une revue générale.

En 1906 Francen relate un cas d'étranglement du grêle dans l'hiatus de Winslow.

H. Delagenière (du Mans), en 1910, publie une observation personnelle.

A Paris, Radovan-Delitch consacre sa thèse (1919) à cette question.

En 1924, Ulmann peut compter douze nouvelles observations. En tenant compte de quatre cas dont il n'a pas eu

connaissance, le total des observations publiées est de trente-quatre.

En 1926, apparaît pour la première fois une étude radiologique : Case et Upson, qui la publient, pensent qu'il est possible, par l'ingestion barytée, de faire le diagnostic de l'affection sous écran.

En 1926 également, observations de Carling et Smith, Dewis et Miller.

En 1928, un nouveau cas d'étranglement du grêle paraît sous la plume de Thévenard à Paris.

1930 voit la deuxième étude radiologique, due à Jackson. Cette observation serait également la première et la seule où le diagnostic ait été posé en dehors de toute occlusion aiguë, si elle n'était sujette à caution. L'intervention chirurgicale n'a pas permis en effet de vérifier la présence de l'intestin grêle dans l'arrière-cavité des épiploons, mais seulement une béance, « anormale », de l'hiatus de Winslow.

Aigrot, de Lyon, rapporte en 1931 quatre nouvelles observations.

Gabielli, en 1931, a la surprise en opérant une appendicite aiguë de découvrir un étranglement du grêle dans l'hiatus de Winslow. On peut rapprocher ce cas de notre observation II.

Thévenard relate en 1932 un deuxième cas personnel. Il s'agit cette fois d'un étranglement du gros intestin.

Blanc en 1932, Kerr en 1934, Langley en 1935 (2 cas), Davidson en 1936 rapportent 5 observations nouvelles.

En France, Palasse et Thanosset opèrent un étranglement du caecum et du côlon ascendant dans l'arrière-cavité.

En 1937, une curiosité : Knoflach découvre dans l'arrière-cavité une grossesse tubaire rompue.

Day, la même année, opère une hernie du grêle dans l'hiatus de Winslow.

Mitchell (1939) intervient chez un enfant de 15 mois pour une incarcération de l'intestin grêle.

Dariau publie dans la *Gazette des Hôpitaux* (1939) une excellente monographie de la question.

Le travail d'ensemble le plus important demeure la thèse de Baptissard (1939, Toulouse) qui, en ajoutant à ces observations un cas inédit de Piquand (de Montluçon), arrive au total de 53 cas, dont il fait une excellente étude critique.

Silverston publie un nouveau cas en 1939 avec revue générale.

En 1940, les travaux radiologiques se multiplient. Ce sont d'abord Bosch et Schinz (hernie du côlon transverse), puis Mensburger (hernie de l'intestin grêle).

Hollenberg (1945) fait également une excellente étude radiologique d'une incarcération de la moitié droite du côlon.

Les publications de Mayo, Stulker et Miller (1941), de Edwards et Stewart (1943), Gillis (1946), Hamilton et Hardy (1946) sont également analysées dans l'article que Lavarde et Chevret consacrent à l'étude radiologique de cette affection en 1949.

On relève ensuite :

Les articles de Venner (1949), celui de Poilleux (1950), de Vincent (*Lyon Chirurgical*, 1950) sont les derniers en date avant le travail de Junes (1954), qui rassemble les observations publiées jusqu'à ce jour, en ajoute une personnelle et porte ainsi le total des cas mondiaux à 70.

Notre observation II serait donc le 71e cas publié à ce jour.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une hernie, nous dit la pathologie générale, est constituée « par l'irruption des viscères abdominaux ou pelviens hors des parois abdomino-pelviennes ».

On ne saurait donc en aucune façon considérer les incarcérations d'une anse intestinale, voire d'une trompe ovarienne (Knoflach) dans l'arrière-cavité des épiploons, comme une hernie vraie.

Une seconde raison pour refuser à cette affection le titre de hernie est l'absence de sac péritonéal. Aucun organe intra-abdominal ne peut faire issue hors de la cavité caelomique sans être entouré du péritoine qui tapisse celle-ci. Le terme de « hernie sans sac », appliqué à certains types de hernies inguinales est une erreur anatomique.

Certes, en ce qui concerne les « hernies » par le hiatus de Winslow, Delkeskamp a décrit une incarcération du grêle entourée d'une lame péritonéale. En réalité, il s'agissait, comme il le signale lui-même, d'un dédoublement par l'intestin des deux lames péritonéales du grand épiploon, et non d'un vrai sac herniaire.

Depuis Jonnesco, l'usage est là, et le terme de « hernie interne » est passé dans le vocabulaire de la pathologie. Nous continuerons à l'employer, concurremment avec le terme d' « incarcération » qui nous semble pourtant plus convenable.

L'intestin engagé dans l'hiastus de Winslow ne quitte pas la grande cavité péritonéale. Il s'insinue seulement dans un diverticule de celle-ci.

Son orifice d'entrée, son logement en position anormale, les lésions qu'il y présente du fait de l'exiguïté de l'hiatus

ne conduiront à diviser cette étude en quatre chapitres :

— L'orifice d'entrée, agent d'étranglement, véritable « collet » de cette pseudo-hernie.

— Le logement de l'anse herniée, homologue du sac d'une hernie vraie.

— Les organes herniés, dont la diversité peut permettre une classification de ces hernies internes.

— Enfin les différentes lésions apparues sur les organes incarcérés au cours de l'étranglement, et qui peuvent, par leur gravité, imposer une conduite thérapeutique différente dans chaque cas.

Avant d'entamer cette étude, signalons qu'il s'agit *toujours* d'un étranglement intestinal. La seule observation qui ait trait à une hernie chronique de l'hiatus de Winslow est celle de Jackson, qui, nous l'avons dit, n'a pas été vérifiée anatomiquement. Tous les autres cas se rapportent, soit à des occlusions intestinales, soit à des découvertes nécropsiques, sur des malades morts d'occlusion.

I. — Le « collet » de la hernie.

Il est constitué par l'hiatus de Winslow dans tous les cas. L'observation de Dariau, que Baptissard range parmi les hernies de l'hiatus et où le côlon ascendant, le caecum et l'appendice avaient pénétré dans l'arrière-cavité des épiploons par une brèche du mésocolon transverse — analogue, dit-il, à celle des gastro-entérostomies classiques — est en réalité une hernie transmésocolique.

Frédet, dans le traité de Poirier et Charpy (1900), puis Ancel et Sencert, Jeanbrau et Riche, et enfin Piquand ont donné de l'embryologie et de l'anatomie de l'arrière-cavité et de son orifice sous-hépatique des descriptions demeurées classiques.

L'hiatus de Winslow (foramen epiploïcum Winslowi de l'Anatomische Nomenklatur) est une fente verticale située

dans le plan sagittal, verticale, regardant vers la droite et située à environ 5 centimètres de la ligne médiane, à droite d'elle. Cet orifice est limité pour Frédet :

— En arrière par le bord libre du prolongement caudal du méso-hépato-cave, en arrière duquel monte, verticale, la veine cave inférieure.

— En haut par le prolongement caudé du lobule de Spigel, interposé entre le méso-hépato-cave et le bord libre du petit épiploon, c'est-à-dire, à ce niveau, entre veine cave et veine porte.

— En avant, par le bord libre du petit épiploon ou ligament hépato-duodénal (lig. hepato-duodenale de l'Anatomische Nomenklatur).

Ce bord contient à ce niveau les éléments du pédicule hépatique, et répond plus particulièrement à la partie externe de la veine porte, un peu en dedans du canal cholédoque.

A la partie inférieure, immédiatement sus-duodénale, de ce bord libre du petit épiploon, la veine porte, située en dedans, et le canal cholédoque, situé en dehors, s'écartent en descendant l'un de l'autre dans un tiers des cas environ. Ils délimitent ainsi un triangle interportocholédocien dans l'aire duquel lame antérieure et lame postérieure du petit épiploon se répondent sans interposition vasculaire.

Dans deux tiers des cas, cette séparation est à peine marquée, mais le doigt introduit par l'hiatus et tendant en avant le pédicule permet de réaliser un glissement facile du cholédoque sur la veine porte et de retrouver ainsi cet espace libre.

Nous verrons que cette disposition a suggéré à Jeanbrau et Richie l'idée d'une technique de débridement de l'hiatus.

— En bas, par la ligne de réflexion du péritoine pariétal postérieur sur la face postérieure du petit épiploon. Pour la plupart des auteurs, ce bord inférieur répond à la faux de l'artère hépatique qui cercle ainsi l'ouverture de la

bourse omentale. Pour Piquand, la faux de l'hépatique est située en pleine cavité des épiploons, à quelques centimètres (3 en moyenne) du bord inférieur de l'hiatus.

Le bord inférieur de l'hiatus serait, en réalité, constitué par un ligament allant de la paroi postérieure au *genu superius*, où il se continue avec le feuillet postérieur de l'épiploon gastro-hépatique. Ce ligament, véritable ligament duodéno-hépato-cave, aurait la forme d'un croissant dont la corne postérieure serait insérée sur le méso-hépato-cave et la corne antérieure sur la face postérieure de l'épiploon gastro-hépatique, à concavité supérieure libre.

De hauteur variable, il serait ordinairement assez élevé chez l'adulte, remontant jusqu'au bord supérieur du duodénum.

Il constituerait pour Piquand et Baptissard la véritable arête sur laquelle s'étrangle l'intestin dans la hernie de l'hiatus, ce que semble confirmer la situation des zones de striction intestinales observées dans notre cas II.

Pour arriver jusqu'à cet anneau d'étranglement, ce véritable « collet », l'intestin a dû dans un certain nombre de cas s'engager auparavant en arrière d'un ligament, le ligament hépato-duodéno-épiploïque, ou cystico-duodéno-colique. Celui-ci est un prolongement inconstant du petit épiploon, qui ferme en avant l'entonnoir prévestibulaire d'Ancel et Sencert. Ce repli péritonéal lâche serait, d'après Baptissard, entraîné par l'intestin, formant autour de l'anse incarcérée un surtout fibreux, agent secondaire d'étranglement.

II. — Le logement de la hernie.

La partie de l'arrière-cavité des épiploons dans laquelle donne immédiatement accès l'hiatus de Winslow est la bourse sous-hépatique (*bursa omenti minoris*, recessus supérieur de l'arrière-cavité) qui s'étend vers la gauche

jusqu'au *foramen omenti majoris*, limité par le cercle des coronaires stomachique et hépatique. Par lui, la bourse sous-hépatique communique avec la poche principale de l'arrière-cavité des épiploons. Lorsque la portion d'intestin incarcéré est suffisamment importante, elle pénètre dans cette loge gastro-spléno-diaphragmatique, partie large, où elle est en rapports, en arrière avec l'aorte, le rein et le pancréas ,en avant avec l'estomac qu'elle peut refouler vers la droite, et avec la rate.

III. — Le contenu de la hernie.

Selon que le grêle, le gros intestin ou un autre organe intra-abdominal s'incarcère dans la hernie, selon la disposition des organes herniés dans leur loge, nous croyons que l'on peut faire deux classifications de ces étranglements internes.

1° Selon la nature des organes herniés.

a) *L'intestin grêle seul.*. — On le retrouve dans 49 observatinos sur 71, soit dans un peu plus de deux tiers des cas. Le niveau de l'anse herniée sur l'intestin grêle est rarement précisé dans les observations. Il semble s'agir le plus souvent d'une anse iléale, relativement proche de l'angle iléo-caecal. Dans l'observation II que nous rapportons, il s'agit d'anses grêles situées à environ 80 centimètres de la jonction iléo-caecale. L'observation de Lavarde et Chevret concerne l'occlusion d'une anse grêle si proche de l'angle iléo-caecal (15 cm.) que son étranglement avait entraîné un demi-volvulus du calcum, « caecum érectum » dont la face postérieure regardait en avant et dont le fond se trouvait sous le foie.

La longueur d'intestin grêle incarcéré est extrêmement variable : 15 centimtères dans l'observation de Rehn, tout le grêle ou presque, dans les observations de Blandin, Stecchi, Reynier, 1,50 m dans le cas de Gangolphe, 20 et 30 cm dans nos 2 observations.

b) *Le gros intestin seul.* — C'est alors presque toujours le colon transverse; observations de Majoli, de Neve, de Mori, Groves et Marten, Bosch et Schinz, Hollenberg, parfois le caecum et le côlon ascendant : Mori, Blanc, Palasse et Thanosset.

Dans certains cas l'importance de la hernie est consisérable : caecum, côlon ascendant, une partie du côlon transverse (cas de Trèves).

c) *Gros intestin et intestin grêle.* — L'incarcération englobe alors la fin de l'iléon, l'appendice, le caecum et le côlon ascendant sur une plus ou moins grande longueur (cas de Delkeskamp). La présence de l'appendice dans la hernie, et l'existence d'un étranglement en amont, ont parfois déterminé une appendicite aiguë, intra-herniaire, comme dans les cas de Gabrielli, Blanc et Dariau.

d) *Autres organes.* — Il s'agit de curiosités de la littérature; on a pu retrouver dans ces hernies :

— Le grand épiploon, jamais seul. Dans le cas de Majoli, il accompagnait le côlon transverse, dans le cas de Stecchi, l'intestin grêle. La rareté de sa présence à l'intérieur d'une hernie de l'hiatus de Winslow ne saurait étonner, puisque, nous le verrons, son atrophie relative est une des conditions de production de celles-ci.

— Enfin, Knoflach a opéré une grossesse tubaire étranglée et rompue dans l'hiatus de Winslow.

2° **Selon la disposition des organes herniés.**

a) *Hernies simples :* Ce sont toutes celles où l'intestin se loge soit dans la bourse sous-hépatique, soit, après avoir dépassé le cercle de coronaires, dans la grande bourse omentale, où il se pelotonne. Ce sont de loin les cas les plus fréquents.

b) *Hernies complexes :* Parfois cependant, le contenu de la hernie adopte une disposition plus singulière. Dans un cas de Trèves, le caecum, le côlon ascendant et le transverse étaient entrés dans l'hiatus de Winslow.

Le caecum avait perforé la *pars flaccida* du petit épiploon et pénétré ainsi de nouveau dans la grande cavité, « de telle sorte que l'appendice se trouvait sur la face antérieure de la petite courbure de l'estomac, très près de l'œsophage ».

Dans le cas de DELKESKAMP, que nous avons déjà signalé, la hernie avait dédoublé les deux lames du grand épiploon, se créant ainsi un « faux sac ». Nous avons mentionné les appendicites aiguës intra-herniaires de GABRIELLI, BLANC et DARIAU.

Dans l'observation de STECCHI, l'épiploon, engagé avec l'intestin grêle, formait une bride étranglant l'angle colique gauche et créant ainsi une seconde occlusion.

Une autre cause d'erreur, pour l'opérateur qui intervient pour occlusion, est la disposition du caecum en caecum érectum qu'ont signalée LAVARDE et CHEVRET. On conçoit que le chirurgien, se portant naturellement vers le caecum en début d'intervention, soit dérouté par ce volvulus « difficile à réduire » !

LESIONS INTRA-HERNIAIRES

Dans la majorité des cas, l'anse réduite par traction est viable. Parfois le sillon d'étranglement au niveau de l'hiatus est nettement visible soit à sa partie inférieure, ou ligament duodéno-hépato-cave (observation II, AIGROT, PIQUAND), soit au niveau du bord antérieur de l'hiatus (MAJOLI).

Parfois l'étranglement est extrêmement serré et nécessite des manœuvres complexes de libération que nous décrirons plus loin. Mentionnons que PALASSE et THANOSSET ne purent réduire une de ces hernies, à l'autopsie, sans inciser transversalement le petit épiploon et le pédicule hépatique. De même MAJOLI.

Les lésions de l'anse intestinale sont celles de tout étranglement herniaire. Nous verrons que leur traitement est le même. Elles sont fonction de la striction effectuée par l'hiatus de Winslow, et du degré de distension des anses incarcérées. Au degré extrême, on peut voir une perforation intestinale avec comme corollaire, une péritonite rapidement mortelle (BLANC).

Dans les deux observations que nous rapportons on note la présence d'un épanchement séro-hématique intrapéritonéal. GANGOLPHE avait déjà souligné ce fait, tout à fait comparable à ce qui se passe dans un sac de hernie étranglée. MAJOLI, SQUARE, GROVES et MARTEN relèvent aussi l'existence de cet épanchement séro-sanglant.

Nous avons déjà rapporté les observations de GABRIELLI et BLANC où une appendicite aiguë intra-herniaire venait compliquer l'étranglement intestinal.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Il semble impossible dans les conditions normales que des anses intestinales puissent franchir de bas en haut la barrière méso-colique.

Barrant transversalement l'abdomen, le côlon transverse et surtout son méso opposent en effet un obstacle infranchissable aux anses grêles. De plus, flottant en avant d'elles, le large tablier épiploïque est un empêchement supplémentaire à la remontée d'une ou plusieurs anses jéjunales ou iléales.

Il est aussi difficilement concevable que le côlon ascendant, accolé normalement à la paroi abdominale postérieure, puisse être suffisamment mobilisable pour se retrouver en position sous-hépatique. *A fortiori* le caecum, que l'iléon d'une part et sa continuité avec le côlon droit d'autre part, maintiennent en position basse.

Un certain nombre de conditions sont donc nécessaires à la production des incarcérations dans l'hiatus de Winslow.

1° Les premières sont d'ordre anatomique.

a) C'est d'abord, théoriquement, une béance anormale de l'hiatus. Il est représenté à l'état normal par une simple fente verticale, de peu de hauteur, puisque le bord supérieur du duodénum, en position normale, répond directement à la face inférieure du foie.

Quelques observations mentionnent son élargissement au cours des hernies par son orifice : Hollenberg, notre observation I, où le Docteur Junès jugea nécessaire de le rétrécir par deux points de suture. Mais c'est là, croyons-nous, une condition secondaire : le hiatus normal admet

facilement le doigt et l'on voit bien des hernies inguinales ou crurales étranglées dont le collet n'est guère plus large. De plus, comme le souligne Baptissard, il est fréquemment précédé de l'entonnoir prévestibulaire et sa morphologie est au moins aussi favorable à l'engagement d'une anse que celle d'un orifice inguinal par exemple.

D'autres conditions, plus importantes, doivent intervenir.

b) Dans le cas où l'étranglement intéresse l'intestin grêle, c'est la suppression au moins partielle de la barrière formée par le côlon transverse, son méso et le grand épiploon.

Cette suppression peut être le fait d'une brièveté anormale du méso-côlon : nous n'en avons pas rencontré d'exemple.

Elle peut être due à l'absence de l'obstacle formé par le grand épiploon. On conçoit alors que les anses intestinales au contact de la paroi antérieure soient chassées vers le haut par une violente augmentation de la pression abdominale et que l'une ou plusieurs d'entre elles, contournant l'angle colique droit, viennent s'engager dans le foramen de Winslow.

L'absence d'obstacle épiploïque est mentionné dans plusieurs observations. Rehn signale son aplasie quasi-totale, Square le trouve complètement rejeté à gauche de la ligne médiane.

c) *Dans le cas où l'étranglement intéresse le gros intestin,* des conditions nouvelles sont nécessaires. On peut concevoir facilement une mobilité du côlon transverse suffisante pour qu'il puisse s'engager dans l'hiatus de Winslow, si toutefois l'angle colique droit est anormalement mobile. Il en va tout autrement pour le côlon ascendant et le caecum, pour lesquels une liberté anormale est nécessaire. Seul un défaut d'accolement du côlon droit peut permettre au coeco-ascendant de se retrouver en position sous-hépatique.

Ce non-accolement à la paroi postérieure est noté dans les observations de Trèves, Mori, Groves et Marten, etc... H. Delagenière l'a également vérifié, qui traita une incarcération du côlon ascendant et de l'angle droit par colopexie abdominale antérieure, de même que Lavarde et Chevret.

2° **Les secondes conditions sont d'ordre étiologique.**

A ces nécessités d'ordre anatomique s'ajoute un corollaire : la possibilité d'une augmentation de la pression abdominale suffisamment puissante et brusque. C'est dire que, à l'inverse des autres hernies, la paroi abdominale doit être musclée et vigoureuse.

Dans un ventre à paroi relâchée, la pression intra-abdominale tend au contraire à faire fuir les viscères vers le bas, vers les orifices inguinaux, cruraux ou obturateurs.

Toutes ces conditions expliquent ce qui ressort de la lecture des observations :

— La plus grande fréquence de l'affection chez l'homme et surtout l'homme jeune, robuste, au cours d'un effort violent.

Sur 50 cas où le sexe du malade est indiqué, nous relevons seulement 10 femmes. Certes, il y a des exceptions : Mitchell opère un enfant de quinze mois; le jeune malade de Picado avait 8 ans, l'opéré de Rehn soixante-dix-sept; l'observation de Lavarde et Chevret concerne une femme de soixante-quatorze ans.

Mais presque toujours on relève cette notion d'un travail de force ou d'un effort brusque.

Le malade de Majoli soulevait, en les appuyant sur son abdomen, de lourdes briques d'argile.

Celui de Piquand rabotait vigoureusement un plancher, les malades de nos deux observations étaient travailleurs de force, l'un cultivateur, l'autre mécanicien. Le premier fut d'ailleurs pris de douleurs atroces au cours de son

travail. Chez la malade de Groves et Marten, constipée chronique, le début des accidents coïncide avec des efforts violents de défécation.

Ainsi donc, si l'on considère comme accessoire la nécessité d'un hiatus anormalement large, il semble bien que plusieurs conditions doivent être réunies, pour la production d'un étranglement dans l'arrière-cavité des épiploons :

— Mobilité anormale de l'intestin;
— Aplasie de la barrière épiploïque;
— Existence d'une paroi abdominale saine et musclée;
— Effort soudain et vigoureux.

ETUDE CLINIQUE

Sur les 71 observations que la littérature nous offre, il n'en est pas une qui concerne une hernie non étranglée de l'hiatus de Winslow. Il s'agit toujours d'une occlusion d'emblée. Seule, peut-être, une observation de JACKSON concerne une incarcération chronique et intermittente de l'intestin grêle :

Après avoir radiologiquement affirmé une hernie de l'hiatus de Winslow, JACKSON, opérant son malade, trouve le grêle en position normale et ne constate qu'une béance anormale de l'hiatus.

Nous ne croyons pas qu'il soit possible de faire état d'une telle observation pour affirmer l'existence de hernies chroniques à travers l'hiatus de Winslow.

Notre observation II prête également à commentaires :

— Le malade fut pris, dans les suites postopératoires immédiates d'une appendicectomie, de douleurs vives et un syndrome d'occlusion mécanique s'installa rapidement.

On peut se demander s'il s'agissait vraiment d'appendicite, si les épisodes douloureux antérieurs n'étaient pas imputables à l'engouement passager d'une hernie chronique de l'hiatus de Winslow. Cette hernie se serait étranglée par distension du grêle, au cours de la crise des gaz postopératoire.

Nous ne le pensons pas. Certes, l'appendice enlevé ne présentait pas de lésions importantes. Sa situation en position rétro-caecale, l'existence d'adhérences le collant au caecum, semblent cependant expliquer suffisamment les crises douloureuses antérieures et la crise pour laquelle il fut opéré, sans faire intervenir une hypothétique incarcération chronique du grêle dans l'hiatus de Winslow.

Nous pensons que celle-ci s'est produite brutalement, au cours d'un effort abdominal pendant la crise des gaz.

Ainsi, c'est toujours à une occlusion intestinale aiguë que l'on a affaire. Cette occlusion siège soit sur le grêle, soit sur le gros intestin, c'est une occlusion par strangulation, de siège anormalement haut.

Ces différentes particularités lui confèrent une certaine originalité clinique.

LE MODE DE DEBUT

Il est presque toujours brutal, survenant souvent au cours d'un effort. Le drame commence par une douleur violente, de siège épigastrique, à type de coliques atroces.

Rarement le début est plus insidieux, et il semble s'agir alors d'étranglement intéressant le gros intestin.

— Picado : Des troubles digestifs vagues ouvrent la scène en même temps qu'apparaît à l'épigastre une tuméfaction molle (hernie du gros intestin).

— Palasse et Thanosset : Leur malade présente pendant quelques jours des coliques accompagnées de fièvre et de troubles urinaires. Il s'agissait d'une hernie du caeco-ascendant.

— Majoli : Son malade souffre de coliques pendant quarante jours avant que l'occlusion ne devienne complète (hernie du caeco-ascendant et du transverse).

— Lavarde et Chevret : L'occlusion aiguë a été précédée de coliques épigastriques pendant quarante-huit heures (hernie du grêle proche de l'angle iléo-caecal).

Ce sont là des exceptions et dans l'immense majorité des cas, la douleur initiale évoque d'emblée les grands drames abdominaux.

L'occlusion confirmée fait immédiatement suite :

Les douleurs demeurent extrêmement violentes, paroxystiques, survenant à intervalles rapprochés (quelques minutes), durant quinze à vingt secondes et prédominant dans la région épigastrique et péri-ombilicale.

Cette localisation est signalée dans presque toutes les observations.

L'intensité de la douleur est également soulignée par tous les auteurs : le malade de Neve, tranquille entre les paroxysmes, se roule à terre en hurlant lorsque survient la colique. Celui de Piquand est immobilisé sur place et doit être conduit couché à l'hôpital.

On retrouve dans toutes les relations, la description typique de la « colique de miserere » avec ses alternatives de calme relatif et de paroxysmes déchirants.

L'évolution de cette douleur, tout au moins dans les observations anciennes, où les malades ne furent pas opérés ou le furent tardivement, se fait vers une généralisation à tout l'abdomen. En même temps, leur intensité diminue, traduisant la parésie, puis l'inertie intestinale. Cette sédation progressive ne s'observe plus aujourd'hui où les malades sont opérés précocement.

Les vomissements : Alimentaires d'abord, puis bilieux, ils deviennent très rapidement fécaloïdes. Leur précocité d'apparition est fonction de la hauteur de l'occlusion sur l'intestin. D'ordinaire ils apparaissent dès le début de la maladie, survenant à chaque colique (Square, Trèves, Aigrot, Piquand, Lavarde, Bosch, etc...). Bien souvent, les occlusions hautes, siégeant sur le grêle, comme dans les cas de Picado, Groves et Marten, Jeanbrau, s'accompagnent de vomissements précoces, mais ne devenant jamais fécaloïdes. C'est là également une évolution que l'on ne prend plus guère aujourd'hui le temps d'observer.

L'arrêt des matières et des gaz est rapidement absolu.

Certes, des observations anciennes relatent d'ahurissantes permanences du transit intestinal :

Majoli relate que pendant trente-sept jours après le début des accidents, sa malade allait à selle tous les trois jours, grâce à des lavements et au prix de violentes douleurs.

Faut-il ajouter que la cause de l'occlusion fut découverte à l'autopsie : il s'agissait d'un étranglement du côlon transverse.

Que dans les occlusions basses, le bout inférieur puisse se vider après le début des accidents, cela est certain. De toute façon l'alerte est donnée et l'occlusion complète ne tarde pas plus de quelques heures.

Le météorisme nous permet de constater un signe capital, que tous les auteurs soulignent et qui, dans cette symptomatologie d'occlusion, est le seul signe clinique qui pourrait amener au diagnostic :

C'est l'existence d'une voussure épigastrique ou péri-ombilicale nette, contrastant avec la rétraction de la région sous-ombilicale.

« La tuméfaction occupe la région péri-ombilicale » (Jeanbrau).

« A l'inspection du ventre, ce qui frappe immédiatement c'est le ballonnement de l'épigastre; tandis que l'abdomen sous-ombilical est normal et paraît même aplati, tout l'épigastre est soulevé comme un ballon » (Piquand).

« L'examen montre un météorisme prédominant dans la région péri et sus-ombilicale droite » (Chevret).

Aucune observation ne mentionne de péristaltisme intestinal. Quelques auteurs (Jeanbrau, Lavarde et Chevret) soulignent même son absence au moment des coliques.

A la palpation, cette tuméfaction, de contours mal limités, est tendue, arrondie, douloureuse et peu mobile. Son volume est celui d'un poing.

La percussion montre un tympanisme généralisé. Piquand et Dariau trouvent une matité relative au niveau de la tuméfaction et y attachent une grande importance : elle signerait la localisation de l'anse distendue, mate cependant, parce que masquée par l'estomac.

Les signes généraux sont ceux de toutes les occlusions. La « stercorémie » n'a été décrite en détail que dans les

observations les plus anciennes. Au stade de début, auquel il vaut mieux en rester, le pouls est à peine accéléré, le faciès commence juste à se gripper, plus sous l'effet de la douleur violente que de l'intoxication. L'altération de l'état général observée au début de l'affection traduit plutôt un état de choc passager qu'une intoxication commençante.

Il n'en reste pas moins que, de manière latente, le malade subit toutes les perturbations circulatoires et biologiques de l'occlusion et avec une grande rapidité : exhémie plasmatique, troubles neuro-moteurs réflexes. S'ils restent sans traduction clinique, ces phénomènes, qui sont ceux de toute occlusion aiguë, doivent être pris en considération, nous le verrons, lorsqu'il faut établir un traitement correct.

ETUDE RADIOLOGIQUE

Elle débute en 1926 avec l'observation de Case et Upson. Ces deux auteurs nous précisent « qu'il faudrait pour établir l'existence d'une telle hernie que l'intestin grêle (après ingestion d'un index de thorium) soit identifié en avant de la courbure hépatique (hepatic flexure) ou de la première portion du côlon transverse ». C'est à une conclusion analogue qu'aboutit Jackson. « L'estomac et le grêle, après ingestion barytée, sont repoussés vers la gauche, le cheminement du repas baryté se fait à travers une véritable bourse qu'il remplit et dont il s'échappe ensuite. »

Nous avons déjà dit les doutes que soulève cette observation où l'intervention s'est révélée négative.

Nous reviendrons d'ailleurs sur l'utilisation du repas baryté au cours des occlusions, et sur les conditions de son emploi. Menzurger, le premier (1940), puis après lui Bosch et Schintz (qui posèrent le premier diagnostic préopératoire exact, 1940), et enfin Lavarde et Chevret précisèrent les images radiologiques de ces étranglements internes (1949). Nous y ajouterons les remarques que nous ont suggérées les deux observations de Junes et de Conardeau.

La technique de l'examen.

En règle générale, il faudra pratiquer, comme pour occlusion :

1° *Un examen sans préparation* sous les différentes incidences préconisées par Mondor et Porcher, puis par Gaussen et Bouyssou :

— Malade debout, cliché de face;

— Malade couché, cliché de face;

— Malade couché, cliché de profil.

En réalité, sur les observations que nous avons relevées, seul a été pratiqué l'examen de face, sur le malade debout.

2° *Un lavement baryté :* On sait les précautions élémentaires qui le rendent sans danger. Il doit être donné au moyen de bouillie fluide, tiède, sous faible pression. L'emploi de la canule obturante doit être proscrit. La progression de la substance opaque doit être continuellement suivie en radioscopie. Des clichés seront pris aux moments voulus. Il est bon de prendre un ou deux clichés après évacuation.

Ce sont là les deux examens standard indispensables. Nous verrons que leurs indications sont précieuses. Peut-être pourrait-on s'autoriser, dans certains cas seulement, à pratiquer un examen après ingestion d'une dose légère de baryte. Bien que l'ingestion barytée ne soit pas dénuée de tout risque, cet examen, pratiqué par un radiologue compétent, et à titre de complément, pourrait permettre de serrer davantage le diagnostic (Hollenberg, de Martel *in* thèse Radovan Delitch, Vincent). Il s'agit de toute manière d'un examen d'exception.

1° *La radiographie sans préparation* montre évidemment une image typique d'occlusion avec sa rétention hydroaérique, images d'anses grêles en arc, avec niveaux liquidiens, ou en « chenille », traduisant alors une rétention surtout gazeuse. D'autres fois, c'est l'image typique d'un segment colique, avec ses haustrations caractéristiques. Il ne semble donc pas possible de préciser la nature exacte de l'occlusion sur les clichés sans préparation. Cependant, deux ordres de faits sont à souligner :

Le siège en haut et à gauche de la plupart des anses dilatées, refoulant parfois le diaphragme vers le haut et le foie vers la droite.

« La radiographie montra des images claires de certaines anses dilatées, particulièrement dans la partie

gauche du ventre et spécialement dans l'hypochondre » (Bosch et Schintz).

« Plusieurs anses grêles distendues occupent la région gastrique et refoulent en haut le diaphragme. Le foie apparaît refoulé à droite » (Mensburger).

« Nombreux niveaux liquides aux pieds d'anses dilatées en arc, siégeant surtout dans la partie gauche de l'abdomen et ayant toutes les caractéristiques radiologiques d'anses grêles » (Lavarde et Chevret).

Si l'on considère le cliché n° 3, relatif à la deuxième observation que nous présentons, on y retrouve toutes les caractéristiques énoncées par ces différents auteurs :

— Distension de l'intestin grêle; anses en arc, avec niveaux liquidiens;

— Prédominance des images anormales en haut et surtout à gauche;

— Refoulement du bord de l'ombre hépatique en haut et à droite.

Malheureusement, l'opérateur, radiologue improvisé, opérant d'urgence, a exclu les coupoles diaphragmatiques du cliché.

— Un autre fait nous semble à souligner :

La superposition dans le sens antéro-postérieur, au niveau de l'épigastre et de la région ombilicale, de plusieurs arcs du grêle, avec des niveaux liquidiens. Nous n'avons pas retrouvé d'image semblable parmi d'autres clichés d'occlusion intestinale de causes diverses.

2° *Le lavement baryté :*

Bosch et Schintz ont les premiers décrit un signe qu'ils estiment pathognomonique. C'est *l'arrêt brusque du lavement baryté* au niveau de la partie moyenne du transverse. Voici comment ils le décrivent : « Le lavement monta doucement d'abord... Ensuite le lavement stoppa à peu près au milieu du côlon transverse et, malgré le massage abdominal et les changements de position du malade, il n'y eut pas moyen de modifier cette image.

Particulièrement frappante est la terminaison de l'image de contraste : il ne s'agissait pas de l'arrêt d'une sténose de type carcinomateux, où l'on voit une lacune, mais au contraire l'opacité se termine en pointe comme s'il y avait une torsion sur son axe » (B. et S. Fortschritte a. d. G. d. Roentg.). Cette image correspondait à un étranglement du côlon transverse : rien de plus normal que cet arrêt, que Hollenberg retrouve également au cours d'une hernie de la moitié droite du côlon.

Vincent (d'Annecy) note lui aussi cette image de sténose au cours d'un étranglement iléo-caeco-colique.

Mais voici plus curieux :

« Le lavement baryté monte facilement vers l'angle gauche du côlon et redescend... pour s'arrêter net au niveau de la partie moyenne du côlon transverse. Cet arrêt n'a ni les caractères d'un obstacle néoplasique lacunaire, ni d'une invagination, ni d'un étranglement serré par bride, mais bien plutôt d'un écrasement, d'une compression » (Lavarde et Chevret).

Or, il s'agit d'une hernie du grêle!

Ainsi donc ce signe existerait quel que soit le segment d'intestin hernié. Lavarde et Chevret l'expliquent de la manière suivante :

— Dans le cas d'une hernie de la moitié droite du côlon, le transverse subit sur son axe longitudinal, une torsion qui porte sa partie droite en haut et en dedans. C'est cette image effilée, de « spirale », que présente le malade de Bosch et Schintz.

— Dans le cas d'une hernie du transverse, il s'agit d'une sténose directe (cas de Hollenberg, de Vincent).

— Enfin, lorsqu'il s'agit du grêle, les deux anses qui passent devant le transverse pour aller s'engager dans l'hiatus appuient sur lui et déterminent la sténose observée par Lavarde et Chevret.

Notre observation I montre que, quoi qu'en pensent ces derniers auteurs, cette image n'est pas constamment

obtenue. Il nous semble en effet que si l'anse grêle incarcérée est une anse iléale moyenne, elle peut, sans tension exagérée, passer au devant du transverse. Que l'on se souvienne que dans le cas de LAVARDE et CHEVRET l'occlusion siégeait à 15 cm de l'angle iléo-caecal, si près du caecum qu'il s'était volvulé vers le haut au cours de l'incarcération. Si cette observation I ne montre pas d'arrêt au niveau du transverse, elle visualise par contre une image encore plus caractéristique :

Le passage d'une anse grêle au devant du transverse et sa situation en position sus-mésocolique. Cette image, que nous n'avons trouvé décrite nulle part dans la littérature, est hautement évocatrice. Elle est permise par un reflux dans la valvule de BAUHIN. Elle confirme l'opinion citée plus haut de CASE et UPSON, qui l'auraient vérifiée après repas baryté.

3° *L'ingestion de substance opaque* a été pratiquée trois fois à notre connaissance : la première fois elle a permis à HOLLENBERG de faire le diagnostic exact : « La petite courbure présentait deux contours parallèles en forme de croissant. Elle montrait aussi l'estomac enserrant une masse sphérique remplie de gaz. »

La seconde fois elle fut utilisée par de MARTEL et RADOVAN DELITCH, qui notèrent un estomac en J situé au milieu de l'abdomen. La troisième fois, VINCENT releva un refoulement en bas et à gauche de l'estomac avec une dilatation considérable des deux premières portions du duodénum.

C'est, répétons-le, un examen d'exception au cours des occlusions intestinales aiguës. Les signes qu'il peut montrer ne sauraient d'ailleurs exister que dans les cas de hernies contenant de l'intestin dilaté par les gaz.

DIAGNOSTIC

Cliniquement : Une occlusion aiguë, à début brutal, la présence d'une tuméfaction épigastrique mate.

Radiologiquement : Prédominance des images en haut et à gauche, existence parfois d'une image de sténose du transverse paradoxale, coïncidant avec des symptômes d'occlusion haute. D'autres fois visualisation de l'anse grêle en position sus-mésocolique.

Voilà, semble-t-il, des éléments suffisants pour permettre un diagnostic précis, assez souvent.

Et cependant le diagnostic n'a été posé que deux fois :

— La première par Bosch et Schintz;

— La seconde par Hollenberg.

Tous les signes cliniques ont pu prêter à confusion :

— La violence du début a fait penser à une colique hépatique, à une perforation appendiculaire ou gastrique, à une pancréatite aiguë surtout. Cette dernière affection, en effet, survient elle aussi chez l'adulte robuste, avec un début d'une violence inouïe. Le choc y est cependant plus important et les troubles du transit moins accusés.

— La voussure épigastrique a pu faire penser à une tumeur abdominale à pédicule tordu : torsion d'un kyste ovarien (Dariau);

— à un épanchement dans l'arrière-cavité : rupture d'un kyste pancréatique (Piquand);

— à une hydronéphrose ou pyélonéphrite avec iléus réflexe (Palasse et Thanosset).

Une fois installé le syndrome occlusif, le diagnostic de la cause exacte de l'occlusion n'a presque jamais été porté.

Nous pensons cependant qu'une meilleure connaissance de l'affection, le fait de la suivre dès le début, d'assister aux examens radiologiques, pourront permettre à l'avenir, et à condition d'y songer, de porter plus souvent un diagnostic rare, mais non exceptionnel.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Il existe 71 cas connus, 45 sont décédés! A considérer les chiffres dans leur nudité, le pourcentage de mortalité est donc de 64 % environ sur l'ensemble des observations.

En réalité, il faut tenir compte de plusieurs facteurs :

Sur ces 71 cas, 46 furent opérés, 27 avec succès. La mortalité opératoire est donc de 41 % avec 59 % de guérisons.

Si l'on examine de plus près encore la statistique, on constate que :

Jonnesco, en 1908, publie 8 cas non opérés avec 100 % de mortalité.

En 1906, le mémoire de Jeanbrau et Riche indique une mortalité opératoire de 66 % (11 cas opérés, 7 morts).

En 1939, alors que la statistique globale compte 66 % de mortalité (Silverstone), la mortalité opératoire depuis 1928 (sur 11 cas) n'est plus que de 10 %, mais de 20 % depuis 1906.

En 1954, enfin, la mortalité opératoire, sur 60 cas, est de 42 %. Mais il n'a été publié, sur 17 cas opérés depuis 1939, aucun décès postopératoire.

La léthalité opératoire a donc diminué dans des proportions considérables; c'est dire d'une part la nécessité du traitement chirurgical précoce, et d'autre part les progrès effectués par ce traitement.

La thérapeutique de l'étranglement intestinal dans l'hiatus de Winslow, tous les auteurs sont d'accord, est essentiellement chirurgicale.

Mais, comme dans toute occlusion, cela ne signifie pas qu'elle doive être uniquement chirurgicale, et nous attribuons l'amélioration des statistiques, non seulement à une indication posée plus précocement, à une technique plus

sûre, mais aussi et surtout à un traitement médical associé pré, per et postopératoire mieux compris.

Le traitement médical.

Il n'est évidemment qu'un complément de l'acte opératoire. Nous l'envisagerons très brièvement, car il est celui de toute occlusion aiguë. Soulignons une fois encore son importance : il est caractéristique de remarquer que l'abaissement spectaculaire de la mortalité date de 1939, époque à laquelle on a commencé à l'appliquer plus judicieusement.

Ce traitement présente trois aspects :

1° *La correction des déséquilibres humoraux :* l'exhémie plasmatique, qui caractérise le syndrome biologique de l'occlusion, doit être évaluée par la mesure de la masse sanguine, celle du taux de l'hématocrite, le dosage des ions plasmatiques, et l'évaluation des pertes protéiniques. Cette mesure permettra l'administration judicieuse de sérums salé ou glucosé ou de solutions ioniques.

Les gros déséquilibres de la masse sanguine peuvent justifier le recours au sang conservé ou au plasma.

2° *L'aspiration duodénale continue,* méthode de Wansgensteen, reprise en France par Brocq et Eudel, doit être appliquée dans la période pré et postopératoire. Elle représente, en dehors de l'intervention, l'essentiel du traitement, et nous serions tenté de lui attribuer une grande part du mérite de l'amélioration statistique. Elle diminue la distension intestinale, et, de ce fait, combat pour une part la cause même de l'occlusion, rend l'acte opératoire plus aisé. Elle ralentit les vomissements, calme l'inquiétude du malade et lutte contre l'intoxication.

Il n'est pas concevable à l'heure actuelle que l'on puisse opérer une occlusion aiguë sans avoir soumis au préalable le malade à l'aspiration duodénale. Elle sera appliquée pendant deux à trois heures avant l'intervention. Le retard

imposé est minime, le bénéfice à en retirer est, par contre, immense.

3° *La lutte anti-infectieuse :* Elle est toujours utile. L'épanchement séro-hématique retrouvé par Gangolphe, Majoli, Groves et Marten, et mentionné par nos deux observations dans la cavité abdominale est certainement d'une stérilité douteuse. L'administration d'antibiotiques dès avant l'intervention est, croyons-nous, une précaution nécessaire. *A fortiori,* si l'intervention nécessite une entérotomie ou une résection intestinale, elle devient indispensable.

Parmi les antibiotiques, si la pénicilline, la streptomycine et le chloramphénicol sont des adjuvants utiles, la préférence doit être donnée à la terramycine, administrée en perfusion intraveineuse lente, à la dose de 200 à 300 mg par jour, en deux injections.

Le traitement chirurgical.

Est indiqué, nous l'avons dit, dans tous les cas, après une préparation minutieuse.

L'anesthésie est, de toute évidence, une anesthésie générale. Qu'elle soit effectuée par inhalation ou par voie endo-veineuse, son principal intérêt pour l'opérateur, gêné par la distension intestinale, est d'être profonde avec les moindres risques.

A l'heure actuelle, c'est soit à l'anesthésie à l'éther-oxygène en circuit fermé, soit à l'anesthésie par les barbituriques de type penthotal qu'iront les préférences.

L'adjonction prudente de curare ou de curarisants de synthèse peut apporter à l'opérateur un confort supplémentaire, en supprimant l'éviscération spontanée des anses dilatées.

C'est dire la nécessité d'avoir à sa disposition un anesthésiste entraîné.

L'incision :

En pratique, on intervient pour une occlusion aiguë, de cause indéterminée. L'incision sera donc une médiane à cheval sur l'ombilic, que l'on puisse aisément élargir vers le haut ou vers le bas. Lorsqu'existe une voussure épigastrique, la ligne d'incision doit la déborder des deux côtés.

Dès l'ouverture du péritoine, on est bien souvent gêné par l'issue hors de l'abdomen d'une ou plusieurs anses distendues.

Le seul moyen de faire une exploration méthodique et non choquante est alors l'entérotomie. Les manœuvres opératoires en sont facilitées : les anses éviscérées se réintègrent plus facilement, l'acte opératoire est abrégé. D'autre part, elle contribue à diminuer l'intoxication, et détend l'intestin paralysé par la distension.

Cette entérotomie peut se faire par incision sur une anse sortie du ventre, isolée sur des compresses. Si méticuleux que soit l'opérateur, cette manœuvre représente toujours un temps très septique. Nous croyons préférable d'opérer une vidange intestinale par ponction au trocard. Le trocard aspirateur de Lafargue représente, dans ce cas, une commodité supplémentaire. L'orifice d'entérotomie est ensuite suturé en deux plans.

Exploration :

La cause de l'occlusion, puisque le diagnostic n'a pas été posé avant l'intervention, n'est pas immédiatement évidente, car l'hiatus est inaccessible à la vue. Il faut donc faire une exploration méthodique, et pour cela, le mieux est de rechercher immédiatement le caecum. Parfois, comme dans notre deuxième observation, on constate d'emblée la coexistence d'anses grêles dilatées et d'anses plates.. En suivant le grêle affaissé on peut alors doucement remonter jusqu'à leur jonction. Sinon trois éventualités sont possibles :

1° *Le caecum n'est pas distendu :* on part alors de l'angle iléo-caecal et on suit le grêle jusqu'au niveau de l'étranglement.

La vidange préalable du grêle rend ici le plus grand service, surtout lorsque l'étranglement est proche de l'angle iléo-caecal et que la majeure partie du grêle est dilatée.

2° *Le caecum est distendu :* l'occlusion siège en aval de lui et c'est le gros intestin que doit suivre l'opérateur. Même dans ce cas, on a intérêt à faire porter la ponction évacuatrice sur une anse grêle et non sur le gros intestin. Celui-ci se laisse en effet moins bien extérioriser, et la manœuvre risque d'inoculer la grande cavité péritonéale.

3° *On ne trouve pas le caecum,* qui fait partie de l'intestin incarcéré. C'est ce qui s'est passé dans les cas de Delkeskamp, Palasse et Thanosset, Gabrielli, Dariau. Il faut alors suivre l'intestin grêle dilaté jusqu'à l'étranglement.

Une fois reconnue la cause de l'occlusion, son véritable traitement commence.

Il ne faut en aucun cas prendre la première anse dilatée et pratiquer une *entérostomie.* Cet anus sur le grêle risque de se trouver très haut sur l'iléon ou le jéjunum et il serait rapidement mortel. D'autre part, ce geste laisse subsister dans l'abdomen une anse étranglée qui ne tarderait pas à se sphacéler et à déclencher une péritonite fatale.

Cette solution a été choisie une fois par Jeanbrau devant devant l'état général misérable de son malade. L'évolution fut rapidement mortelle.

La réduction de la hernie :

Il faut maintenant désincarcérer l'anse étranglée et traiter ses lésions. De deux choses l'une : ou cette réduction est possible par simple traction, ou elle nécessite un débridement de l'hiatus de Winslow.

1° *REDUCTION PAR SIMPLE TRACTION :* C'est le cas le plus fréquent. Un aide soulève le foie au moyen d'une valve. L'anse engagée est saisie par l'opérateur au moyen d'une compresse, et on exerce sur elle de gauche à droite une traction douce et prolongée. On perçoit très bien la sensation de résistance vaincue, et l'anse s'extériorise On l'extirpe de proche en proche, jusqu'à être sûr qu'il ne reste plus d'intestin dans l'arrière-cavité. Pour plus de précautions, l'index gauche va ensuite à travers l'hiatus explorer la bourse sous-hépatique.

C'est là une manœuvre indispensable. GANGOLPHE croyait avoir libéré complètement l'intestin lorsqu'il vit paparaître un sillion d'étranglement. L'autopsie montra qu'il était demeuré un mètre cinquante d'intestin dans l'arrière-cavité. Dans le cas de STECCHI, c'est le grand éppiloon, demeuré dans l'hiatus, qui formait bride sur le côlon transverse et occasionna la mort par occlusion.

2° *LA REDUCTION N'EST PAS POSSIBLE.*

Il faut alors débrider « le collet » de cette hernie. Mais où?

— En haut, c'est impossible, à cause du foie;

— En arrière, la veine cave l'interdit également;

— En avant se trouve le pédicule hépatique.

C'est donc en bas que doit porter la manœuvre de libération, au niveau du ligament duodéno-hépato-cave de Piquand, bien que la proximité de la veine cave en arrière, en dedans de la portion horizontale de l'artère hépatique, en avant du pédicule hépatique rende cette manœuvre dangereuse.

Plusieurs techniques ont été proposées :

A. — *JEANBRAU ET RICHE,* après voir vérifié les travaux de VIART, pensent que l'on peut utiliser le triangle interporto-cholédocien, où, nous l'avons vu, les deux feuillets du petit épiploon ne sont séparés par aucun organe. Voici leur technique :

« L'opérateur, reconnaissant le pédicule hépatique avec l'index gauche introduit dans le hiatus, incise sur la première partie du duodénum et parallèlement à sa direction le péritoine qui forme le feuillet antérieur du petit épiploon.

» Dès lors, l'abaissement de la première portion du duodénum est rendu possible, tandis que le lambeau péritonéal est refoulé en haut, rendant visibles les organes du pédicule hépatique. On a alors devant les yeux la partie la plus large de l'espace porto-cholédoque dont le fond est formé par le feuillet postérieur du petit épiploon.

» Repérant ensuite le cholédoque entre le pouce et l'index gauches, l'opérateur perfore avec une sonde cannelée, sur son index gauche protégeant la veine cave, le feuillet postérieur du petit épiploon, au ras du cholédoque, et fait ainsi une boutonnière longitudinale, parallèle au conduit biliaire, suffisante pour permettre l'introduction du doigt. Il arrive ainsi dans l'hiastus. A ce moment, un écarteur mousse, confié à l'aide, récline doucement la lèvre gauche de la boutonnière, qui renferme la veine porte et l'artère hépatique. L'opérateur, dont l'index gauche protège toujours la veine cave, introduit la pulpe de l'index droit dans la boutonnière déjà faite. Insinuant alors son doigt parallèlement à la direction de la veine, mais vers le bas, il agrandit facilement cette boutonnière grâce à la laxité des tissus rétro-duodénaux. Une légère traction suffit pour retirer l'intestin étranglé. »

Nous savons bien que l'abord direct du pédicule hépatique est aujourd'hui chose courante. C'est pourtant là une technique que son rapporteur lui-même, Jean-Louis Faure, qualifie de « bien délicate, pour ne pas dire bien dangereuse ».

Elle n'a d'ailleurs été pratiquée que sur le cadavre. Au reste, la présence dans le hiatus d'une anse étranglée soulève le pédicule hépatique, et il est peu probable que, ainsi modifiés, les rapports entre eux des organes du petit épiploon permettent une dissection aussi bien réglée.

B. — *PIQUAND ET BAPTISSARD* utilisent un débridement vers le bas :

« L'opérateur, de la main gauche, tire sur l'anse étranglée en l'élevant le plus possible, de façon à dégager le bord inférieur de l'hiatus. Il engage son bistouri sous l'anse, et de deux ou trois coups, sectionne le ligament duodéno-hépato-cave. Dès que le bord supérieur du ligament est coupé, on abandonne le bistouri et avec le doigt, on complète l'effondrement du ligament, et si nécessaire, le décollement de l'angle duodénal. »

Cette technique a au moins sur la précédente le mérite d'avoir été exécutée une fois avec succès par PIQUAND. Mais, là encore, la difficulté qu'il y a à voir l'hiatus au milieu des anses distendues qu'il faut écarter pour y accéder, la témérité de ce débridement aveugle au bistouri, au ras de l'artère hépatique, en font une méthode qui n'est pas dénuée de risques.

C. — *LE DECOLLEMENT DUODENO-PANCREATIQUE* à la manière de VIART n'a pas été employé à notre connaissance. C'est cependant une sorte de décollement duodéno-pancréatique qu'exécuta CHEVRET lorsqu'ayant glissé un doigt en arrière du pédicule hépatique, il effondra vers le bas les tissus rétro-duodéno-pancréatiques.

Ce décollement tel que l'a décrit VIART, bien réglé, peu dangereux, nous semble pourtant facilement utilisable. Il devrait procurer sans risques inutiles un élargissement considérable de l'hiatus.

D. — *ENFIN, L'OUVERTURE LARGE DE L'ARRIERE-CAVITE*, qui n'est pas, sans doute, un débridement vrai, a été proposée par QUENU. Cette ouverture se fait, non à travers le petit épiploon (DELKESKAMP) ni à travers le mésocolon transverse, comme le fit NOVARO, mais par décollement colo-épiploïque.

« L'épiploon une fois décollé du transverse, l'estomac relevé, on a sous les yeux la masse herniaire et son gîte.

L'intestin est-il très dilaté, la première chose à faire est de vider une anse par ponction. Il est alors facile d'explorer l'arrière-cavité, de rechercher l'agent d'étranglement, de le débrider et finalement de réduire l'anse en la refoulant progressivement de gauche à droite à travers l'hiatus. »

Ce procédé a été utilisé pour la première fois par H. Delagenière. Plus récemment, Vincent (d'Annecy) l'a employé avec succès.

LE TRAITEMENT DES ORGANES HERNIES doit suivre leur réduction. Nous ne nous y étendrons pas : il est le même que pour toutes les hernies.

Si la vitalité de l'anse inspire des inquiétudes, si, après lavage au sérum chaud, aspersion d'éther, injection de novocaïne dans le méso, elle ne reprend pas son aspect et son péristaltisme normaux, il faut pratiquer une résection. C'est ainsi qu'ont été pratiquées :

— des résections du grêle (Chevret et Lavarde) ;

— des hémicolectomies (Vincent).

LE MAINTIEN DE LA REDUCTION peut se faire de deux manières :

1° Ou bien on s'adresse directement à l'hiatus de Winslow, que l'on peut rétrécir au moyen de quelques points unissant son bord libre au péritoine pariétal postérieur (observation I).

La proximité du canal cholédoque et de la veine porte en avant, de la veine cave en arrière, fait de cette obturation un geste délicat.

2° C'est pourquoi, à la suite de Delagenière, de Lavarde et Chevret, nous croyons qu'il est préférable, si on le juge utile, de rétablir la barrière anatomique mésocolique normale en pratiquant une colopexie. Celle-ci est surtout indiquée dans les cas où la hernie intéresse un cæco-côlon ascendant anormalement libre ou un transverse également trop mobile.

On peut pratiquer, comme le firent les auteurs cités :

— Une colopexie antérieure du transverse, qui supprime pour les anses grêles la possibilité de fuite vers le haut;

— Une caecopexie et une colopexie droite, à la manière de Pierre Duval.

La hernie de l'hiatus de Winslow demeure donc, dans l'ensemble, une affection grave; mais nous pensons qu'elle ne doit plus aujourd'hui à sa localisation le pronostic fâcheux qu'elle avait autrefois. Une technique chirurgicale bien réglée, un traitement médical bien conduit lui ont conféré le pronostic d'une occlusion aiguë banale.

Tous les progrès réalisés dans le traitement de l'occlusion ont contribué, nous l'avons vu, à améliorer ce pronostic dans des proportions considérables.

CONCLUSIONS

La hernie de l'hiatus de Winslow est une lésion rare, mais non exceptionnelle, révélée par une complication grave : l'étranglement.

Certaines conditions anatomiques sont nécessaires à la production d'une telle hernie :

— défaut d'accolement du méso primitif;

— suppression de la barrière méso-colique entre les deux étages de l'abdomen.

Nous relatons deux cas de hernies de l'hiatus de Winslow, ce qui porte le nombre de cas relevés dans la littérature à 71, pour lesquels le diagnostic n'a été posé que trois fois avant l'intervention.

L'analyse radiologique et la clinique devraient pourtant rendre ce diagnostic possible.

Le traitement, uniquement chirurgical, est fonction de la réductibilité de l'organe hernié, le grêle le plus souvent.

Il peut entraîner à des gestes complexes de libération de l'hiatus de Winslow.

Le pronostic est relativement bon. Il n'a été publié aucun décès depuis 1939.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire

Vu ;

Le Doyen :

R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président :

F. PAPIN.

Vu et permis d'imprimer

Bordeaux, le juillet 1957,

Le Recteur d'Académie ,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Aigrot (G.). — Etranglement d'une masse grêle dans l'hiatus de Winslow. *Lyon Chir.*, octobre 1930, n° 27, p. 675-677.

— Trois cas d'occlusion intestinale rare (volvulus du caecum et hernie étranglée de l'hiatus de Winslow. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 2 mai 1931, n° 57, p. 544-571.

Ancel & Sencert. — Sur le petit épiploon : le ligament hépato-duodéno-épiploïque. *Bibl. Anat.*, 1930.

— Les ligaments hépatiques. *Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, 1903.

— Sur l'entonnoir prévestibulaire de l'arrière-cavité des épiploons. C. R. Soc. de Biol., 1903.

— Importance chirurgicale des ligaments hépatiques accessoires. *Arch. Provinciales de Chir.*, 1904.

Baptissard (J.). — Thèse, Toulouse, 1939.

Baranowsky (D.-M.). — So called Treitz Hernia. *Novy Khir. Arkhiv.*, 1934, n° 32, p. 561-564.

Blanc (H.). — Etranglement du côlon ascendant à travers l'hiatus de Winslow; gangrène de l'appendice et péritonite généralisée secondaire. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. de Paris*, 5 février 1932, n° 24, p. 66-70.

Bosch & Schintz. — *Fortschritte a.d. Gb. d. Roentgth.*, n° 61, **1**, 36.

Brohee (G.). — *Arch. Mal. App. dig.*, octobre 1931, n° 21, 957-976.

Case & Upson. — *J. A. M. A.*, 1926, **87**, 891.

Dariau (E.-A.). — Etranglement interne dans l'hiatus de Winslow. *Gaz. Hôp.*, mars 1939, **23**, 393.

Davidson (J.-K.). — *Australian and New Zeland Journ. of Surg.*, janvier 1936, **5**, 3.

Day (R.-S.). — Hernia trough foramen of Winslow. *M. J. Australia*, avril 1937, **1**, 633.

Delagenière. — *Bull. Mém. Soc. Chir.*, 1924, p. 552.

Delkeskamp. — *Beiträge zur Klin. Chir.*, 1905, XLVII, 3, p. 644.

Dewiss & Miller. — *Surg. Gyn. Obst.*, juillet 1927, **45**, n° 1, p. 95.

Edwards & Stewart. — *British Med. Journ.*, 20 mars 1943, 343-345.

Gillis. — *Lancet*, 13 juillet 1946, 251, 1948, 6411.

Goycochea (O.-L.). — Las fistulas estercoreas en el post operatorio de la apendicitis acuta. *Prensa Med. Argentina,* nov. 1938, n° 25, 2214-2216.

Gabrielli (S.). — *Riforma med.,* mai 1931, n° 47, p. 684-687.

Gangolphe. — Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow. *Lyon médical,* 1890, **64**, p. 607-612.

Green (E.-K.). — Strangulated hernia through foramen of Winslow. *Minnesota medic.,* juillet 1927, n° 10, 451-453.

Groves & Marten. — *Indian med. Rec. Calcutta,* 1901, **20**, 333.

Hamilton & Hardy. — *Med. Journ. of Australia,* 8 juin 1946, **3**, I, 23.

Hilgenreiner. — Zur Kasuistik der Hernia bursae omentalis. *Prag medizinische Woche,* **28**, 41 à 43.

Hollenberg. — *Surgery,* oct. 1945, **18**, 4, 498.

Jackson. — *Amer. Journ. of Surgery,* mai 1930, **8**, 5, 1065.

Jeanbrau & Riche. — *Revue de Chir.,* avril 1906, **33**, p. 618-779.

Jonnesco. — Hernies internes rétropéritonéales. Thèse, Paris, 1890.

Junès (P.). — Hernies étranglées de l'hiatus de Winslow. *Bordeaux chirurgical,* avril 1954, II, p. 83-88.

Kerr (R.-A.). — *Lancet,* 3 mars 1934, **226**, n° 5766, p. 454-456.

Knoflach (J.-G.). — Obturationsileus in Treitzscher Hernie mit Gleichzeitiger Ruptur einer Tubargravidität. *Med. Klin.* avril 1937, n° 33, p. 470-471.

Langacre (J.-L.). — *Surg. Gyn. Obst.,* août 1934, n° 59, p. 165-176.

Langley (G.-F.). — Strangulated internal hernia. *Brit. Journ. Surg.,* juillet 1935, n° 23, p. 119-127.

Lavarde & Chevret (R.). — Hernie étranglée de l'hiatus de Winslow. Contribution à l'étude radiologique des occlusions. *P. M.,* 15 juin 1949, **57**, n° 39, p. 562-563.

Majoli (G.). — *Riv. Clin. di Bologna,* 1884, IV, p. 605-622.

Mayo, Stalker & Miller. — *Annals of Surg., nov.* 1941, **114**, 5, p. 875.

Menzburger. — *Zentralblatt f. Chir.,* 5 oct. 1940, **67**, 40, p. 1880.

Mitchell (G.-F.). — Hernia trough foramen of Winslow. *Brit. Journ. Surg.,* janvier 1939, n° 26, p. 648-649.

Mori. — *Gazz. Med. Lombarda,* Milano, 1898, LVII, p. 257.

Palasse & Thanosset. — Hernie du caecum et du côlon ascendant dans l'arrière-cavité à travers l'hiatus de Winslow. *Lyon Méd.,* nov. 1936, n° 158, p. 605-608.

Picado (J.-S.). — *Rev. de la Soc. Med. Argentina,* 1893, II, 10-18.

Piquand. — Les ligaments du foie chez l'homme. *Progrès médical,* mars 1910.

— Quelques points de l'anatomie de la cavité des épiploons chez l'adulte. *Progrès médical,* 7 et 15 mai 1910.

— Le hile du foie. *Soc. Anat. Paris,* février 1910.

— Les espaces sous-diaphragmatiques. *Bibl. anat.* t. XX, fasc. I.

Poilleux (F.). — Hernies internes étranglées. *Soc. Med. Prat.,* 1950, **131**, 36.

Quenu (Jean). — Précis de technique chirurgicale, 1942-1944, t. V, p. 467-468, chez Masson, Paris.

Radovan (D.). — Thèse, Paris, 1919.

Silverstone. — *Lancet,* 1939, **2**, 786.

Square (J.-E.). — A case of strangulated internal hernia into the foramen of Winslow. *Brit. Med. Journ.,* 1886, **1**, 1163.

Stecchi (R.). — *La Clinica chirurgica,* Milano, 1894, II, 653-664.

Thévenard. — Occlusion intestinale aiguë par étranglement dans l'hiatus de Winslow. *Paris Chir.,* juin 1928, n° 20, p. 126.

— *Bulletins et Mémoires de la Soc. des Chir. de Paris,* 19 février 1932, n° 24, p. 98-99.

Treves. — *Lancet,* London, 1888, II, 701-704.

Ulmann. — *Surg. Gynec. Obst.,* fév. 1924, p. 225.

Venner. — Hernies étranglées de l'hiatus de Winslow. *Med. Journ. Aust.,* 5 novembre 1949, **36**, n° 19, p. 678.

Vincent (E., d'Annecy). — Hernie étranglée de l'hiatus de Winslow. Hémicolectomie, guérison. *Lyon Chir.,* mai-juin 1950, **45**, n° 4, p. 485-487.

Winterfeld (H. Von). — *Arch. für Klin. Chir.,* 1936, n° 184, p. 615-623.

Zimmerman (L.-M.) & Laufman (H.). — Hernies intra-abdominales. *Annals of Surgery,* juillet 1953, **138**, 1, p. 144.